



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2021

Kurzversion der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten S3-Leitlinie für Diagnostik und Therapie von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter

Walitza, Susanne ; Renner, Tobias ; Wewetzer, Christoph ; Wewetzer, Gunilla ; Hollmann, Karsten ;
Döpfner, Manfred

Abstract: Zwangsstörungen gehören mit einer Langzeitprävalenz von 1-3% auch im Kindes- und Jugendalter zu den häufigsten psychischen Störungen. Es liegen zwei Erkrankungsgipfel im Altersbereich von 11-14 Jahren und im jungen Erwachsenenalter mit 20 Jahren vor. 20% der Zwangsstörungen beginnen vor dem Alter von 10 Jahren und 60% vor dem Alter von 25 Jahren. Die Erkrankung wird oftmals sehr spät erkannt. Es dauert im Durchschnitt über 10 Jahre bis die Patienten professionelle Hilfe aufsuchen. Es gibt einige behandlungsrelevante Unterschiede von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter im Vergleich zum Erwachsenenalter. In der Diagnostik und Behandlung müssen das Alter und der Entwicklungsstand der Betroffenen sowie die Bedingungen um familiären und sozialen Umfeld berücksichtigt werden. Die Fehl- und Unterdiagnosen sind im Kindes- und Jugendalter wie im Erwachsenenalter sehr hoch. Verlaufsstudien zeigen, dass die Erkrankung oft chronisch verläuft und zu einer erheblichen psychosozialen Beeinträchtigung führt. Auch ist das Risiko für die Entwicklung von weiteren psychischen, aber auch somatischen Störungen und Folgeerkrankungen hoch. Aus der Studienlage wird deutlich, dass der frühe Behandlungsbeginn einer der wichtigsten positiven prognostischen Faktoren ist (Walitza et al., 2020, Fineberg et al., 2019). Wegen der hohen Bedeutung der Früherkennung und frühen Interventionen wurde 2019 ein internationales Consensus-Statement verfasst (Fineberg et al., 2019) in welchem auch die Aspekte, die Kinder und Jugendliche betreffen, berücksichtigt werden. Zudem besteht eine Unterversorgung, diese kommt unter anderem zustande durch mangelnde Verfügbarkeit von einer anwendergerechten Zusammenfassung der Evidenz von Behandlungsansätzen im Rahmen einer Leitlinie für Diagnostik und Therapie im Kindes- und Jugendalter. Diese Gründe, aber auch das Ziel der breiten Disseminierung der Leitlinie zu allen Versorgern, die Kinder und Jugendliche sehen, ist Anlass und Grund für diese Leitlinie. Neben der Praxis und Anwendung selbst, ist eine Leitlinie auch relevant für die Aus- und Weiterbildung. Zum aktuellen Zeitpunkt werden die evidenzbasierten Therapien national und international nicht flächendeckend eingesetzt. Bislang gibt es für Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter keine S3-Leitlinie. Ziel ist es die Diagnostik und Behandlung von Zwangsstörungen zu verbessern und den Therapeuten eine Leitlinie auf S3 Niveau an die Hand zu geben.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-204624>
Scientific Publication in Electronic Form
Published Version

Originally published at:

Walitza, Susanne; Renner, Tobias; Wewetzer, Christoph; Wewetzer, Gunilla; Hollmann, Karsten; Döpfner, Manfred (2021). Kurzversion der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten S3-Leitlinie für Diagnostik und Therapie von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Berlin: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Kurzversion der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten S3-Leitlinie für Diagnostik und Therapie von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter

AWMF Register Nr. 028-007

im Auftrag der
Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie e.V. (DGKJP)



Steuerungsgruppe

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Susanne Walitza (Koordinatorin)

Prof. Dr. med. Tobias Renner (Co-Koordinator)

Prof. Dr. med. Christoph Wewetzer

Dipl.-Psych. Gunilla Wewetzer

Dipl.-Psych. Karsten Hollmann

Prof. Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Manfred Döpfner

Projektgruppe

Die Mitglieder der Steuerungsgruppe und Dr. rer. nat. Lukasz Smigielski, Dr. med. univ. Veronika Mailänder, M.Sc. Christa Rütter, Dr. rer. nat. Juliane Ball, Dr. phil. Dr. PhD Veronika Brezinka, lic. phil. Friederike Tagwerker Gloor, Dr. med. Gabriele Schief, M.Sc. Melanie Auer, M.Sc. Marlene Finkbeiner, M.Sc. Patrizia Bongiovanni, MA LIS M.Sc. Heidrun Janka, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Dr. phil. Hans-Christoph Steinhausen

Internationale und nationale Experten

Prof. Dr. med. Tord Ivarsson, Prof. Dr. med. Daniel Geller, Prof. Dr. med. Stefano Pallanti,
Prof. Dr. med. Christoph Correll

Beteiligte Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)
Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (bkj)
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVt)
Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP)
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
Betroffene (im Konsentierungs-Prozess repräsentiert durch Eltern)
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)
Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter (BVKJ)
Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)
Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. (DGZ)
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPtV)
Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)
Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP)
Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen (SGZ)
Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP)

Kontaktadresse

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Susanne Walitza
Klinikdirektorin
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Neumünsterallee 3, Postfach 233
CH-8032 Zürich

Inhaltsverzeichnis

Präambel: Einleitung und Graduierung der Empfehlungen	4
1. Prävention im Rahmen von Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit	5
2. Früherkennung	6
3. Diagnostik.....	6
4. Allgemeine Fragen zur Therapie bei Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter.....	9
5. Psychotherapie bei Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter	10
6. Pharmakotherapie	12
7. Wirksamkeit von Kombinationstherapie	16
8. Rückfallprophylaxe.....	16
9. Andere Verfahren bei therapieresistenten Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter.....	17
10. Therapie bei PANDAS/PANS	17
11. Psychosoziale Interventionen	17

Präambel: Einleitung und Graduierung der Empfehlungen

Zwangsstörungen gehören mit einer Langzeitprävalenz von 1-3% auch im Kindes- und Jugendalter zu den häufigsten psychischen Störungen. Es liegen zwei Erkrankungsgipfel im Altersbereich von 11-14 Jahren und im jungen Erwachsenenalter mit 20 Jahren vor. 20% der Zwangsstörungen beginnen vor dem Alter von 10 Jahren und 60% vor dem Alter von 25 Jahren. Die Erkrankung wird oftmals sehr spät erkannt. Es dauert im Durchschnitt über 10 Jahre bis die Patienten professionelle Hilfe aufsuchen. Es gibt einige behandlungsrelevante Unterschiede von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter im Vergleich zum Erwachsenenalter. In der Diagnostik und Behandlung müssen das Alter und der Entwicklungsstand der Betroffenen sowie die Bedingungen um familiären und sozialen Umfeld berücksichtigt werden. Die Fehl- und Unterdiagnosen sind im Kindes- und Jugendalter wie im Erwachsenenalter sehr hoch. Verlaufsstudien zeigen, dass die Erkrankung oft chronisch verläuft und zu einer erheblichen psychosozialen Beeinträchtigung führt. Auch ist das Risiko für die Entwicklung von weiteren psychischen, aber auch somatischen Störungen und Folgeerkrankungen hoch. Aus der Studienlage wird deutlich, dass der frühe Behandlungsbeginn einer der wichtigsten positiven prognostischen Faktoren ist (Walitza et al., 2020, Fineberg et al., 2019). Wegen der hohen Bedeutung der Früherkennung und frühen Interventionen wurde 2019 ein internationales Consensus-Statement verfasst (Fineberg et al., 2019) in welchem auch die Aspekte, die Kinder und Jugendliche betreffen, berücksichtigt werden. Zudem besteht eine Unterversorgung, diese kommt unter anderem zustande durch mangelnde Verfügbarkeit von einer anwendergerechten Zusammenfassung der Evidenz von Behandlungsansätzen im Rahmen einer Leitlinie für Diagnostik und Therapie im Kindes- und Jugendalter. Diese Gründe, aber auch das Ziel der breiten Disseminierung der Leitlinie zu allen Versorgern, die Kinder und Jugendliche sehen, ist Anlass und Grund für diese Leitlinie. Neben der Praxis und Anwendung selbst, ist eine Leitlinie auch relevant für die Aus- und Weiterbildung. Zum aktuellen Zeitpunkt werden die evidenzbasierten Therapien national und international nicht flächendeckend eingesetzt. Bislang gibt es für Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter keine S3-Leitlinie. Ziel ist es die Diagnostik und Behandlung von Zwangsstörungen zu verbessern und den Therapeuten eine Leitlinie auf S3 Niveau an die Hand zu geben.

Graduierung von Empfehlungen (nach AWMF, 2012;

<https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-03-leitlinienentwicklung/II-entwicklung-graduierung-der-empfehlungen.html>)

A	Starke „soll“ „soll nicht“ Empfehlung	Mindestens eine randomisierte, kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht.
B	„sollte“, „sollte nicht“ Empfehlung	Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, die mit direktem Bezug auf die Empfehlungen (Evidenzebene II und III) oder Extrapolation von Evidenzebene II, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
0	Empfehlung offen „kann“ kann erwogen werden kann verzichtet werden	Bericht von Expertenkreisen oder Expertenmeinungen und /oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzebene IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Es sind keine guten direkt anwendbaren klinischen Studien vorhanden.
EK	Expertenkonsens	Im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung konsentiert. Wenn eine systematische Literatursuche zu der Frage erfolgen konnte, kann ein Level of Evidence vergeben werden. Wenn keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich war oder angestrebt ist, bzw. keine systematische Studienanalyse möglich war, dann wird der Expertenkonsens nur mit der Konsensstärke und ohne Level of Evidence angegeben.

1. Prävention im Rahmen von Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit

Empfehlung 1.1:

Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen soll von Spezialisten durchgeführt werden. Solche sind vor allem Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie und Psychologische Psychotherapeuten mit besonderer Erfahrung für Kinder und Jugendliche.

› **EK**

Empfehlung 1.2:

Alle Personen, die beratend für Kinder und Jugendliche und ihre Eltern, Familie und Bezugssysteme tätig sind oder die im Gesundheitswesen tätig sind, insbesondere Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und Fachärzte für Allgemeinmedizin, sollten Zugang zu Spezialisten für die Diagnostik und Therapie von Zwangsstörungen haben, die eine Diagnostik und eine bedarfsgerechte Therapie durchführen können.

› **EK**

Empfehlung 1.3:

Die Verfügbarkeit der notwendigen Diagnostik und Therapien sollte flächendeckend gewährleistet werden.

› **EK**

Empfehlung 1.4:

Spezialisten sollten die Sensibilität für Zwangsstörungen verbessern.

› **EK**

2. Früherkennung

Bei Kindern und Jugendlichen bzw. ihren Bezugspersonen sollten im Rahmen von Untersuchungen zur Früherkennung, und insbesondere bei körperlichen Symptomen (z.B. Waschekzeme), die Hinweise auf Zwangsstörungen geben, folgende Fragen gestellt werden (siehe ff):

- *Hast du manchmal Gedanken oder Sorgen, die unangenehm sind und einfach nicht weggehen wollen?*
- *Hat das Kind manchmal Gedanken oder Sorgen, die unangenehm sind und einfach nicht weggehen wollen?*
- *Musst du gewisse Dinge immer wieder tun oder hast du Gewohnheiten, die du nicht stoppen kannst?*
- *Muss das Kind gewisse Dinge immer wieder tun oder hat es Gewohnheiten, die es nicht stoppen kann?*

› **EK**

3. Diagnostik

Empfehlung 3.1: Von welchen Personen soll eine Diagnostik zur Zwangsstörung durchgeführt werden?

Bei Kindern und Jugendlichen soll die abschließende Diagnose einer Zwangsstörung durch einen Spezialisten gestellt werden. Der Ausschluss von zugrunde liegenden somatischen Ursachen soll ärztlich erfolgen.

› **EK**

Empfehlung 3.2: Routinemäßiger Einsatz diagnostischer Maßnahmen

Die Diagnose soll gestellt werden auf der Grundlage:

- a) einer umfassenden strukturierten Exploration des Kindes/Jugendlichen, der Eltern, im Bedarfsfall auch weiterer Bezugspersonen

- zur der aktuellen Zwangssymptomatik (Art, Häufigkeit, Intensität, abrupter oder schleichender Beginn, Einsichtsfähigkeit) in verschiedenen Lebensbereichen (Familie, Schule, Freizeitbereich) und der situativen Variabilität in diesen Lebensbereichen (z.B. Auslöser für Zwang),
 - zum Einbezugs der Eltern, Geschwister oder anderer Personen in die Zwangssymptomatik (z.B. zwanghaftes Fragen, stellvertretende Zwangshandlungen durch Bezugspersonen),
 - zu dem daraus resultierenden Leidensdruck und der Einschränkungen der Funktionsfähigkeit (z.B. in den Beziehungen, der Leistungsfähigkeit, der Teilhabe; entsprechend Achse 6 des Multiaxialen-Klassifikationsystems und der Lebensqualität),
 - zu aktuellen komorbiden psychischen Symptomen oder Störungen (nach DSM-5 immer auch Ticstörungen),
 - zu körperlichen Erkrankungen, vor allem auch Infektionen ((“Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome” PANS, “Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections”, PANDAS),
 - zu den aktuellen und früheren psychosozialen Rahmenbedingungen, Ressourcen und Belastungen in der Familie und im weiteren psychosozialen Umfeld,
 - zur psychischen und körperlichen Gesundheit der Eltern, Geschwister, weiterer Verwandter und anderen Bezugspersonen,
 - zu der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte (z.B. Beginn und Verlauf der Symptomatik),
 - zur allgemeinen Entwicklungsanamnese einschließlich relevanter Vorbehandlungen,
 - zu Ressourcen und Bedürfnisse des Patienten und seiner Bezugspersonen.
- b) der psychopathologischen Beurteilung einschließlich des psychosozialen Funktionsniveaus des Patienten auf der Grundlage der explorierten und beobachteten Symptomatik,
- c) der körperlichen und insbesondere der neurologischen Untersuchung mit Beurteilung des Entwicklungsstandes. Bei Hinweisen auf organische Erkrankungen sollen Laboruntersuchungen und/oder apparative Diagnostik (z.B. EEG/MRT) erfolgen.
- › **EK**

Empfehlung 3.3: Welchen Nutzen haben Checklisten und Fragebogenverfahren¹ zur Erfassung der Zwangssymptomatik?

- a) Klinische Checklisten und Interviews können zur klinischen Erfassung und Beurteilung der Zwangssymptomatik sowie zur Differentialdiagnostik herangezogen werden (z.B. Diagnose-Checkliste Zwang, DCL-ZWA; Kinder-Diagnostisches Interview; Kinder-DIPS).
- › **EK**

¹ Siehe Beispiele für Verfahren im Anhang

- b) Zur klinischen Erfassung und Beurteilung des Schweregrads der Zwangssymptomatik sollte die/eine deutsche Fassung der Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS) eingesetzt werden.

› **EK**

- c) Fragebogenverfahren für die betroffenen Kinder und Jugendlichen, Eltern und andere Bezugspersonen können ergänzend zur vertieften Exploration der Symptomatik eingesetzt werden.

› **EK**

Empfehlung 3.4: Altersspezifische Besonderheiten, die bei der Diagnostik zu berücksichtigen sind

Bei der Diagnostik sollen altersspezifische Besonderheiten der Symptomatik in unterschiedlichen Altersgruppen Berücksichtigung finden.

- a) Insbesondere bei sehr jungen Kindern soll die häufig wenig entwickelte Einsichtsfähigkeit in die Unsinnigkeit zwangsbezogener Überzeugungen beachtet werden. Weiter soll beachtet werden, dass der Widerstand gegen die Zwangshandlung erheblich verringert oder fehlend sein kann.

› **EK**

- b) Es soll berücksichtigt werden, dass Zwangsinhalte (z.B. sexuelle Inhalte im Jugendalter) sowie koexistierende Symptome (z.B. Substanzabusus im Jugendalter) oder differentialdiagnostisch zu berücksichtigende Störungen (z.B. Psychose im Jugendalter) durch die jeweilige Entwicklungsphase mitbestimmt werden können.

› **EK**

Empfehlungen 3.5: Differentialdiagnose

Die folgenden psychischen Störungen sollen von Zwangsstörungen differentialdiagnostisch abgegrenzt werden:

- a) Tic- und Tourette-Störungen, die durch plötzlich einschließende Bewegungen gekennzeichnet sind und die nach DSM-5 oft zusammen mit Zwangsstörungen auftreten und dann eine besondere Entität bilden. *Just right* Phänomene, die im Rahmen von Tic- und Zwangsstörungen auftreten können.
- b) Stereotype Bewegungsstörungen und stereotyp wiederholte Handlungen (isoliert oder im Rahmen von Autismus-Spektrum-Störungen und/oder geistiger Behinderung). Autismus-Spektrum-Störungen, bei denen aufgrund der autistischen Symptomatik zwanghaft anmutende Verhaltensweisen auftreten.
- c) Psychotische Störungen bei denen (wie bei Zwangsstörungen ohne Einsicht) keine Einsicht in die Unsinnigkeit der Symptome vorliegt oder bei denen Zwangssymptome stabilisierende Funktionen zeigen
- d) Zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörungen

e) Anorexia nervosa

f) Gemäß DSM-5 und substanz-/induzierte Störung; ICD-11 noch sekundäre Zwangsstörung

Alle genannten differentialdiagnostisch abzugrenzenden Störungen können auch als koexistierende Störungen auftreten.

› **EK**

Empfehlung 3.6: Akut auftretende Zwangssymptomatik

Patienten mit akut auftretendem Symptombild aus dem Zwangs-Spektrum, neurokognitiven und motorischen Symptomen sollen umfassend klinisch und apparativ abgeklärt werden.

› **EK**

Empfehlung 3.7: Koexistierende psychische Störungen

a) Folgende psychische Störungen treten häufig koexistierend auf und sollen in der Diagnostik berücksichtigt werden:

- Tic- und Tourette-Störung
- ADHS
- Angststörungen
- depressive Störungen
- Autismus-Spektrum-Störungen
- Anorexia nervosa
- nicht substanzgebundene Suchterkrankungen mit pathologischer Mediennutzung, vor allem ab dem Jugendalter
- Substanzkonsumstörungen, vor allem ab dem Jugendalter
- Persönlichkeitsstörungen, vor allem ab dem Jugendalter

b) Mit Zwangsstörungen verwandte Störungen/Zwangsspektrumstörungen:

- Trichotillomanie
- Körperdysmorphie Störungen
- Dermatillomanie
- Pathologisches Horten
- olfaktorisches Referenz-Syndrom nach ICD-11

› **EK**

4. Allgemeine Fragen zur Therapie bei Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter

Empfehlung 4.1: Anpassung der Behandlungintensität

Die Dauer und Intensität der Behandlung sollte den individuellen Gegebenheiten des betroffenen Kindes der Jugendlichen und der Familie gemäß erfolgen, dem

Störungsverlauf angepasst werden und mit dem Ziel einer Remission fortgeführt werden.

› **EK**

Empfehlung 4.2: Edukation und informierte Entscheidung

a) Grundsätzlich soll eine umfassende Psychoedukation angeboten werden, bei der der Patient und seine Bezugspersonen über Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter aufgeklärt werden. Es soll ein individuelles Störungskonzept entwickelt werden und die Behandlungsmöglichkeiten dargestellt werden mit dem Ziel, eine partizipative Entscheidungsfindung zu ermöglichen.

› **EK**

b) Die Aufklärung und Informationsvermittlung soll in einer auch für das Kind/den Jugendlichen und die Bezugspersonen verständlichen Sprache erfolgen. Sie ist Bestandteil der Behandlung. Sie soll auch im Behandlungsverlauf immer wieder erfolgen.

› **EK**

c) Das Kind/der Jugendliche und die Bezugspersonen sollen aktiv in den diagnostisch-therapeutischen Entscheidungsprozess einbezogen werden.

› **EK**

Empfehlung 4.3: Koexistierende Störungen

Koexistierende Störungen sollen leitliniengerecht behandelt werden. Die Entscheidung welche Störung vorrangig behandelt wird, soll individualisiert erfolgen.

› **EK**

5. Psychotherapie bei Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter

Empfehlung 5.1: Was ist die psychotherapeutische Behandlung der ersten Wahl?

a) Bei einer Zwangsstörung im Kindes- und Jugendalter soll eine störungsspezifische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als Psychotherapie der 1. Wahl angeboten werden einschließlich Expositions- und Reaktionsmanagement als Kernelemente.

Evidenzgrad 1++ Empfehlungsgrad A

b) Die KVT mit Expositions- und Reaktionsmanagement soll in ihrer Intensität, Dauer und Einbezug der Eltern an die individuellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen angepasst werden.

› **EK**

Empfehlung 5.2: Wirksamkeit KVT und Familieneinbezug

- a) KVT mit Einbezug der Familie ist bei Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen wirksam. Der Einbezug der Familie soll erfolgen.

Evidenzgrad 1++ Empfehlungsgrad A

- b) Beim Einbezug der Familie und den Bezugspersonen sollten die individuellen Begebenheiten des Patienten berücksichtigt werden.

› **EK**

Empfehlung 5.3: Wirksamkeit KVT im Gruppensetting

KVT ist bei der Behandlung von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter auch im Gruppensetting wirksam und kann ergänzend eingesetzt werden.

Evidenzgrad 1- - Empfehlungsgrad 0

Empfehlung 5.4: Wirksamkeit von KVT, Therapeutenbegleitung und Hometreatment

- a) Expositionen im Rahmen einer KVT sollen auf Grundlage einer ausführlichen Aufklärung und Vorbereitung erfolgen. Sie sollten möglichst in vivo und initial in Begleitung eines Spezialisten durchgeführt werden und im Behandlungsverlauf in das Eigenmanagement des Patienten übergeben werden.

› **EK**

- b) Die Expositionsbehandlung sollte auch im psychosozialen natürlichen Umfeld unter Anleitung eines Spezialisten, z.B. im Rahmen eines Hometreatments, erfolgen.

› **EK**

Empfehlung 5.5: Wirksamkeit von KVT Behandlung bei komorbider Ticstörung

Bei Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen und einer koexistierenden Ticstörung soll zur Behandlung der Zwangsstörung KVT eingesetzt werden.

Evidenzgrad 1+ Empfehlungsgrad A

Empfehlung 5.6: Psychotherapeutische Fernbehandlung

Technik-unterstützte kognitiv- verhaltenstherapeutische Interventionen sollten auch im Rahmen einer Fernbehandlung durch einen Spezialisten eingesetzt werden.

Evidenzgrad 1++ Empfehlungsgrad B*

**siehe Erläuterung zur Entscheidung zum Empfehlungsgrad in der Langversion der Leitlinie*

Empfehlung 5.7: Weiterentwickelte oder modifizierte Varianten der Kognitiven Verhaltenstherapie

- a) Zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen mit Acceptance und Commitment Therapy kann aufgrund der Evidenzlage keine Empfehlung ausgesprochen werden.
 - › **EK**
- b) Zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen mit Schematherapie kann aufgrund der Evidenzlage keine Empfehlung ausgesprochen werden.
 - › **EK**

Empfehlung 5.8: Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen mit analytischer Psychotherapie oder tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann aufgrund der Evidenzlage keine Empfehlung ausgesprochen werden.

- › **EK**

Empfehlung 5.9: Andere psychotherapeutische und weitere therapeutische Verfahren

Zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen mit weiteren Therapieverfahren können aufgrund der Evidenzlage keine Empfehlungen ausgesprochen werden.

- › **EK**

6. Pharmakotherapie

Empfehlung 6.1: Wann soll eine Medikation eingesetzt werden?

- a) Wenn die KVT nicht ausreichend wirksam ist, soll eine Kombinationsbehandlung von KVT mit einer Medikation mit SSRI oder eine Monotherapie mit SSRI eingesetzt werden.

Evidenzgrad 1+ Empfehlungsgrad A

- b) Im Falle von schwerer Symptomausprägung und Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus kann auch initial eine Kombinationsbehandlung mit KVT und psychopharmakologischer Therapie erwogen werden.
 - › **EK**

- c) Wenn keine KVT zur Verfügung steht und die Symptomatik das psychosoziale Funktionsniveau schwer beeinträchtigt, dann sollte eine medikamentöse Therapie mit SSRI erwogen werden.

› **EK**

Empfehlung 6.2: Welche Medikation soll eingesetzt werden

Wenn eine Medikation indiziert ist, sollen SSRIs eingesetzt werden.

Evidenzgrad 1++ Empfehlungsgrad A

Empfehlung 6.3: Wie erfolgt die Auswahl des SSRIs?

Bei der Auswahl der SSRIs soll der Zulassungsstatus und das Nebenwirkungsprofil für das Kindes- und Jugendalter berücksichtigt werden.

› **EK**

Empfehlung 6.4: Psychopharmakotherapie bei Zwangsstörungen und koexisierender Depression

Bei Indikation für eine Psychopharmakotherapie bei Zwangsstörungen mit koexistierender Depression im Kindes- und Jugendalter sollte die Behandlung mit Fluoxetin erwogen werden.

› **EK**

Empfehlung 6.5: Pharmakotherapie für Kinder und Jugendliche mit Zwangsstörungen und Familiarität

Bei Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen, bei denen weitere Familienmitglieder ebenfalls an Zwangsstörungen erkrankt sind, sollte ein frühzeitiger Einsatz von Medikation erwogen werden.

Evidenzgrad 1++ Empfehlungsgrad B*

**siehe Erläuterung zur Entscheidung zum Empfehlungsgrad in der Langversion der Leitlinie*

Empfehlung 6.6: Worauf sollte bei der Therapie mit SSRIs geachtet werden?

Die initiale Verordnung und das initiale Behandlungsmonitoring sollen durch einen Facharzt/ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erfolgen. Das weitere Behandlungsmanagement kann in Kooperation mit dem behandelnden Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/Facharzt für Allgemeinmedizin erfolgen.

› **EK**

Empfehlung 6.7: Dosierung von SSRIs

- a) Die Medikation soll sehr vorsichtig eindosiert werden, kann aber auch im Kindes- und Jugendalter bis zur maximal empfohlenen Dosis eingesetzt werden, wenn zuvor keine ausreichende Wirkung erzielt werden konnte.
 - › **EK**

- b) Das Absetzen sollte langsam erfolgen, da sonst mit Absetz-Symptomen zu rechnen ist.
 - › **EK**

- c) Bei Ansprechen auf SSRIs sollte die Medikation 6-12 Monate fortgesetzt und die Indikation für die Fortsetzung überprüft werden.
 - › **EK**

Empfehlung 6.8: Unzureichende Wirksamkeit der Medikation mit SSRIs

- a) Bei unzureichender Wirksamkeit einer Therapie mit einem SSRI sollte auf ein anderes SSRI umgestellt werden.
 - › **EK**

- b) Wenn Therapieversuche mit 2 oder mehreren SSRIs bei adäquater Dosis und Dauer wirkungslos geblieben ist, kann die Behandlung auf Clomipramin umgestellt werden.
 - › **EK**

- c) Wenn Versuche der Monotherapie mit 2 oder mehreren SSRIs und mit Clomipramin bei adäquater Dosis und Dauer wirkungslos geblieben sind, kann eine kombinierte Behandlung von SSRI und Clomipramin erwogen werden.
 - › **EK**

Empfehlung 6.9: Psychopharmakotherapie mit Clomipramin und andere trizyklische Antidepressiva

- a) Clomipramin soll nicht als erste Wahl der medikamentösen Therapie eingesetzt werden, da es bei gleicher Effektivität weniger gut verträglich als SSRI ist.

Evidenzgrad 1++ Empfehlungsgrad A

- b) Vor der off-label Behandlung und im Verlauf der Behandlung mit Clomipramin sollen EKGs durchgeführt werden.
 - › **EK**

- c) Außer Clomipramin sind andere trizyklische Antidepressiva nicht wirksam und sollen daher nicht eingesetzt werden.

Evidenzgrad 1++ Empfehlungsgrad A

Empfehlung 6.10: Andere Medikamente

- a) Eine Behandlung mit Venlafaxin, Mirtazapin, Riluzol soll aufgrund der mangelnden Wirksamkeit, Evidenz für mangelnde Wirksamkeit bzw. mangelnder Evidenzlage nicht eingesetzt werden.

› **EK**

- b) Anxiolytika (nicht SSRIs) sollen aufgrund der mangelnden Wirksamkeit oder mangelnden Studien nicht eingesetzt werden.

Evidenzgrad 1++ Empfehlungsgrad A

- c) Benzodiazepine sollen aufgrund der mangelnden Wirksamkeit und aufgrund ihres Abhängigkeitspotentials nicht eingesetzt werden

Evidenzgrad 1++ Empfehlungsgrad A

Empfehlung 6.11: Augmentation mit Antipsychotika

- a) Bei unzureichender Wirksamkeit der medikamentösen Therapie mit mehreren SSRIs und Clomipramin sollte eine Augmentation mit den Antipsychotika Aripiprazol oder Risperidon in niedriger Dosis erwogen werden.

**Evidenzgrad für Erwachsene 1+, für Kinder/Jugendliche 2+
Empfehlungsgrad B***

**siehe Erläuterung zur Entscheidung zum Empfehlungsgrad in der Langversion der Leitlinie*

- b) Bei Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen und einer behandlungsbedürftigen koexistierenden Ticstörung, die auf KVT nicht ansprechen, sollte eine Augmentation mit den Antipsychotika Aripiprazol oder Risperidon in niedriger Dosis erwogen werden.

**Evidenzgrad für Erwachsene 1+, für Kinder/Jugendliche 2+
Empfehlungsgrad B***

**siehe Erläuterung zur Entscheidung zum Empfehlungsgrad in der Langversion der Leitlinie*

- c) Bei Nicht-Ansprechen auf die Augmentation sollen das augmentierend eingesetzte Antipsychotikum spätestens nach 6 Wochen abgesetzt werden.

› **EK**

Empfehlung 6.12: Monotherapie mit Antipsychotika

Eine Monotherapie mit Antipsychotika soll aufgrund fehlender Wirkungsnachweise und möglicher Nebenwirkungen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörung nicht eingesetzt werden.

› **EK**

Empfehlung 6.13: Augmentation von KVT mit D-Cycloserin

Aufgrund der noch inkonsistenten Studienlage kann für eine Augmentation der KVT mit D-Cycloserin im Kindes- und Jugendalter keine Empfehlung gegeben werden.

› **EK**

7. Wirksamkeit von Kombinationstherapie

Empfehlung 7.1:

Die psychopharmakologische Therapie einer Zwangsstörung im Kindes- und Jugendalter soll mit einer KVT mit Expositions- und Reaktionsmanagement kombiniert werden.

Evidenzgrad 1++ Empfehlungsgrad A

Empfehlung 7.2:

KVT und VT kann in der ersten akuten Phase mit dem Ziel des schnelleren Wirkungseintrittes mit einer leitliniengerechten Psychopharmakotherapie ergänzt werden.

› **EK**

8. Rückfallprophylaxe

Empfehlung 8.1:

Die Behandlung mit KVT **soll** Strategien zur Rückfallprophylaxe beinhalten (Boostersitzungen, Generalisierungen, Selbsthilfegruppen), ausreichend ambulante Behandlung nach stationärer Therapie.

› **EK**

Empfehlung 8.2:

Eine erfolgreiche Pharmakotherapie sollte zur Vermeidung von Rückfällen mindestens 12 -24 Monate fortgesetzt werden. Das Absetzen sollte über einen Zeitraum von mehreren Monaten unter kontinuierlicher ärztlicher Beobachtung erfolgen.

› **EK**

Empfehlung 8.3:

Die Bezugspersonen, in der Regel die Eltern, sollen über den Verlauf aufgeklärt werden (z.B. episodische Verläufe). Bei Wiederauftreten von beeinträchtigenden Symptomen sollte rasch wieder ein Therapeut aufgesucht werden.

› **EK**

9. Andere Verfahren bei therapierefraktären Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter

Zu anderen Verfahren (Transkranielle Magnetstimulation (TMS), Elektrokonvulsionstherapie, Tiefe Hirnstimulation (DBS), Vagusnervstimulation) können bei Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter aufgrund der Evidenzlage keine Empfehlungen ausgesprochen werden.

› **EK**

10. Therapie bei PANDAS/PANS

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf PANDAS/PANS soll eine Therapie mit KVT und/oder SSRIs erfolgen. Für eine Antibiotikatherapie außerhalb der akuten Infektion und für eine Immunologische Therapie kann aufgrund der Evidenzlage keine Empfehlung ausgesprochen werden.

› **EK**

11. Psychosoziale Interventionen

Aspekte der psychosozialen Anpassung in der Freizeit, Schule, Arbeitsplatz, Partnerschaft sollten (z.B. mit unterstützenden Jugendhilfemaßnahmen) in der Behandlung berücksichtigt werden. Die Bezugspersonen sollten auf bestehende Angehörigengruppen hingewiesen werden.

› **EK**

Versionsnummer:	5.0
Erstveröffentlichung:	01/1999
Überarbeitung von:	06/2021
Nächste Überprüfung geplant:	06/2026

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**